

## مقاله پژوهشی

● مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره هفدهم، شماره ۳، ص ۲۱۴-۲۰۸، ۱۳۸۹

## ظهور مقاومت به ایمنیم و وجود آنزیم‌های متالوبتالاکتاماز در باسیل‌های گرم منفی مقاوم به

چند دارو، جدا شده از نمونه‌های کلینیکی شهر کرمان در سال ۱۳۸۷ - ۱۳۸۶

داود کلاتر<sup>۱</sup>، شهلا منصوری<sup>۲\*</sup>، مژده رضوی<sup>۳</sup>

## خلاصه

مقدمه: ایمنیم از خانواده کارباپنم‌ها و در مقابل بتالاکتامازها مقاوم می‌باشد. این دارو در درمان عفونت‌های حاصل از باکتری‌های گرم منفی مقاوم و دارای ژن‌های ESBL و AmpC به کار می‌رود. ظهور متالوبتالاکتامازها باعث ایجاد مقاومت به این دارو شده است. EDTA در شرایط برون‌تنی سبب مهار این آنزیم‌ها می‌گردد. هدف از این مطالعه بررسی شیوع مقاومت به ایمنیم در باکتری‌های گرم منفی ایجادکننده عفونت‌های بیمارستانی و حضور متالوبتالاکتامازها در نمونه‌های مقاوم می‌باشد.

روش: حداقل غلظت مهارکنندگی نسبت به ایمنیم برای ۲۷۶ ایزوله از باسیل‌های گرم منفی مقاوم به چند دارو با روش رقت در آگار تعیین شد. از سویه‌های باکتریایی *Escherichia coli* ATCC 25922 و *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 و *Klebsiella pneumoniae* ATCC 700603 به عنوان سوش استاندارد استفاده شد. برای تعیین متالوبتالاکتامازها از روش دیسک دیفیوژن به صورت دیسک ایمنیم به‌تنهایی و همراه با EDTA ۰/۵ M، استفاده شد. افزایش قطر هاله عدم رشد  $\geq 7$  mm در اطراف دیسک حاوی EDTA و ایمنیم در مقابل دیسک ایمنیم به‌تنهایی نشان دهنده حضور متالوبتالاکتاماز می‌باشد.

یافته‌ها: از مجموع ۲۷۶ نمونه شامل ۳۸ ایزوله کلبسیلا پنومونیه، ۱۶۹ ایزوله اشريشياکلی و ۶۹ ایزوله سودوموناس آئروژینوزا تولیدکننده بتالاکتاماز، سه ایزوله مقاوم به ایمنیم و دارای حداقل غلظت مهارکنندگی برابر با ۳۲ μg/ml بودند، که در دو نمونه شامل کلبسیلا پنومونیه و یک نمونه سودوموناس آئروژینوزا با روش فنوتیپی آنزیم متالوبتالاکتاماز شناسایی شد.

نتیجه‌گیری: با توجه به پیدایش متالوبتالاکتامازها در سویه‌های مورد بررسی در این ناحیه مقاومت به این داروی مهم درمانی دور از انتظار نیست.

واژه‌های کلیدی: ایمنیم، متالوبتالاکتاماز، باکتری گرم منفی، مقاومت دارویی

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد میکروبیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲- استاد گروه میکروبیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۳- دانش‌آموخته میکروبیولوژی

\* نویسنده مسؤول، آدرس: گروه میکروبیولوژی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان ۲۲ بهمن، کرمان • آدرس پست الکترونیک: [smansouri@kmu.ac.ir](mailto:smansouri@kmu.ac.ir)

دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۶/۹ دریافت مقاله اصلاح شده: ۱۳۸۸/۹/۲۱ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۱۰/۱۶

## مقدمه

پیدایش آنزیم‌های بتالاکتاماز در میان باکتری‌ها باعث پدیده مقاومت در میان بسیاری از آنها به‌ویژه باکتری‌های ایجادکننده عفونت‌های بیمارستانی شده و در نتیجه درمان عفونت‌های حاصل از آنها را با مشکلات جدی روبرو ساخته است (۱). این آنزیم‌ها که بسیاری از آنها بتالاکتاماز با طیف اثر گسترده (ESBLs) نامیده می‌شوند، به چهار گروه اصلی A تا D تقسیم می‌شوند. گروه A که سبب هیدرولیز پنی‌سیلین و سفالوسپورین‌های با طیف اثر کم و وسیع می‌شوند، شامل TEM.1، TEM.2 و SHV.1 بوده و تاکنون در باکتری‌هایی مانند اشریشیاکلی و کلبسیلا پنومونیه شناسایی شده‌اند. گروه B، شامل متالوبتالاکتامازهای وابسته به روی (Zn) می‌باشند که قادر به هیدرولیز کارباپنم‌ها بوده و در باکتری‌هایی مانند سودوموناس آئروژینوزا و سریشیامارسنس گزارش شده‌اند. گروه C، که از آنها می‌توان AmpC ها را نام برد، قادر به تجزیه سفومايسين‌ها می‌باشند و گروه D، بتالاکتامازهای با قدرت هیدرولیز زیاد مانند OXA بر علیه اکساسیلین و کلوکساسین بوده و اسید کلاولانیک به‌طور ضعیف از فعالیت آنها جلوگیری می‌کند (۲). ایمپنم از اعضای دسته‌ای از داروهای بتالاکتام به‌نام کارباپنم‌ها می‌باشد، که به آنزیم‌های بتالاکتاماز مقاوم بوده و در درمان عفونت‌های حاصل از باکتری‌های گرم منفی مقاوم و تولیدکننده ESBLs و AmpC به کار می‌رود، اما ظهور آنزیم‌های کارباپنماز که گروهی از آنها متالوبتالاکتاماز نامیده می‌شوند و در گروه B از آنزیم‌های بتالاکتاماز قرار دارند، باعث بروز مقاومت به این آنتی‌بیوتیک‌ها شده‌اند (۳). متالوبتالاکتامازها آنزیم‌هایی هستند که توسط کروموزوم‌ها و یا پلاسمیدها کد می‌شوند و روی طیف وسیعی از داروهای بتالاکتام به‌ویژه کارباپنم‌ها اثر گذاشته و باعث هیدرولیز آنها می‌شوند. این آنزیم‌ها در محیط *in vitro* توسط شلاتورهای فلزی مانند EDTA (اتیلن دی آمین تتراسیداستیک) و سدیم مرکاپتو استیک اسید

مهارمی کردند، اما توسط مهارکننده‌هایی مانند اسید برونیک و اسید کلاولانیک مهار نمی‌شوند (۴). معرفی کارباپنم‌ها به دنیای پزشکی به‌دلیل طیف وسیع فعالیت و پایداری آنها در برابر اکثر آنزیم‌های بتالاکتاماز یک موفقیت بزرگ در درمان عفونت‌های جدی باکتریایی مقاوم به بتالاکتام‌ها محسوب می‌شود (۵). مقاومت به آنتی‌بیوتیک‌های این کلاس از داروهای بتالاکتام توسط آنزیم‌های متالوبتالاکتاماز یکی از عوامل اصلی مقاومت به کارباپنم‌ها می‌باشد و گزارش مکتوبی از شیوع آنها در بین باسیل‌های گرم منفی این ناحیه وجود ندارد. لذا بررسی شیوع مقاومت نسبت به این آنتی‌بیوتیک‌ها توسط متالوبتالاکتامازها در مورد کلبسیلا پنومونیه، اشریشیاکلی و سودوموناس آئروژینوزا که جزئی از فلور طبیعی بدن بوده و نقش مهمی در ایجاد عفونت‌ها به‌ویژه عفونت‌های بیمارستانی دارند، ضروری به نظر می‌رسد.

## روش بررسی

این مطالعه به‌صورت توصیفی بر روی ۲۷۶ ایزوله باکتریایی جمع‌آوری شده از بیمارستان‌های وابسته به دانشگاه علوم پزشکی کرمان انجام شد که شامل ۳۸ ایزوله کلبسیلا پنومونیه، ۱۶۹ ایزوله اشریشیاکلی و ۶۹ ایزوله سودوموناس آئروژینوزا تولیدکننده بتالاکتاماز با مقاومت چندگانه بودند و از نمونه‌های سوختگی، خون، ادرار و سایر مایعات بدن جمع‌آوری شده بودند. برای بررسی مقاومت آنتی‌بیوتیکی نمونه‌ها به آنتی‌بیوتیک‌های سفوتاکسیم، ایمپنم، سفتازیدیم، آموکسی‌سیلین، سفالوتین، سفتازیدیم، تتراسایکلین، جنتامایسین، نالیدیکسیک اسید، سیپروفلوکساسین و کوتریموکسازول (تهیه شده از شرکت HIMEDIA) از روش رقت در آگار استفاده شد و حداقل غلظتی از دارو که سبب ممانعت از رشد باکتری در محیط شد به‌عنوان حداقل غلظت ممانعت‌کنندگی از رشد (MIC) در نظر گرفته شد (۶). تعیین تولید بتالاکتاماز وسیع‌الطیف



شکل ۱. کلبسیلا پنومونیه تولیدکننده بتالاکتاماز وسیع‌الطیف

اسید کلاولانیک باعث مهار آنزیم‌های بتالاکتاماز و تشکیل هاله عدم رشد گردیده است  
A= Cefotaxime, B= Cefotaxime + Clavulanic acid, C= Ceftazidime,  
D= Ceftazidime + Clavulanic acid



شکل ۲. کلبسیلا پنومونیه تولیدکننده متالوبتالاکتاماز

EDTA (اتیلن دی آمین تتراسید استیک) باعث مهار آنزیم‌های متالوبتالاکتاماز و تشکیل هاله عدم رشد در اطراف دیسک ایمپنیم و EDTA گردیده است  
A= Imipenem, B= EDTA, C= Imipenem, D= Imipenem+EDTA

#### مقاومت به ایمپنیم و حضور متالوبتالاکتامازها

از مجموع ۲۷۶ نمونه بالینی مورد بررسی ۳ ایزوله شامل دو ایزوله کلبسیلا پنومونیه جدا شده از کشت خون و یک ایزوله سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از ادرار که هر سه

(ESBL) در این ایزوله‌ها به روش دیسک ترکیبی و با دو آنتی بیوتیک سفتازیدیم (CTX) و سفوتاکسیم (CAZ) تهیه شده از شرکت HIMEDIA به تنهایی و همراه با اسید کلاولانیک (CA) انجام گردید، که افزایش قطر هاله عدم رشد به اندازه  $\geq 5$  mm در اطراف دیسک‌های حاوی اسید کلاولانیک نشان‌دهنده حضور بتالاکتامازهای وسیع‌الطیف بود (۷). از سویه‌های استاندارد *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 *E.coli* ATCC 25922 و *Klebsiella pneumoniae* ATCC 700603 به عنوان کنترل تست‌های آنتی بیوگرام و تولید ESBL استفاده شد (۸).

از دو روش برای تعیین فنوتیپ متالوبتالاکتاماز در ایزوله‌های مقاوم به ایمپنیم (IMP) استفاده گردید. در اولین روش از دیسک ایمپنیم به تنهایی و در مجاورت دیسک ایمپنیم که به آن  $10 \mu\text{l}$  محلول  $0.5$  مولار EDTA (SIGMA) اضافه شده بود استفاده شد و افزایش قطر هاله عدم رشد در اطراف دیسک ایمپنیم به همراه EDTA به اندازه  $\geq 7$  mm در مقابل دیسک ایمپنیم به تنهایی نشان‌دهنده حضور متالوبتالاکتامازها بود (۵،۹). در روش دوم از دیسک ایمپنیم (غلظت  $10 \mu\text{g}$ ) به فاصله  $2$  cm از دیسک حاوی EDTA ( $0.5$  مولار به مقدار  $10 \mu\text{l}$ ) استفاده شد که افزایش قطر هاله عدم رشد در اطراف دیسک حاوی EDTA نشان‌دهنده حضور متالوبتالاکتامازها بود (۱۰).

#### نتایج

تعیین حداقل غلظت مهارکنندگی ایزوله‌ها (MIC) و تعیین تولید بتالاکتامازهای وسیع‌الطیف

تمامی ۲۷۶ ایزوله مورد بررسی دارای مقاومت به بیش از سه آنتی بیوتیک از کلاس مختلف بودند. هم چنین وجود آنزیم‌های بتالاکتاماز وسیع‌الطیف (ESBL) با روش دیسک ترکیبی در تمامی ایزوله‌ها تأیید شد (شکل ۱).

از بیمارستان افضلی پور جدا شده بودند، به ایمپنم مقاوم و  $MIC=32\mu g/ml$  را داشتند، که حداقل غلظت ممانعت کنندگی از رشد آنها توسط برخی از آنتی بیوتیک‌ها با حداقل غلظت ممانعت کنندگی از رشد ( $MIC_{50}$ ) ایزوله‌های حساس به ایمپنم و تولیدکننده بتالاکتاماز در جدول شماره یک با یکدیگر مقایسه شده است. از بین سه ایزوله مقاوم به ایمپنم، دو ایزوله شامل یک ایزوله کلبسیلا پنومونیه و یک ایزوله سودوموناس آئروژینوزا در هر دو روش از نظر وجود متالوبتالاکتاماز مثبت بودند (شکل ۲).

همچنین کلیه ایزوله‌های مقاوم به ایمپنم تماماً نسبت به آنتی بیوتیک‌های سیپروفلوکساسین، نالیدیکسیک اسید و تتراسایکلین حساس بودند، در حالی که ایزوله‌های کلبسیلا پنومونیه مقاوم به ایمپنم نسبت به جنتامایسین و کوتریموکسازول حساس بودند ولی ایزوله سودوموناس آئروژینوزای مقاوم به ایمپنم به کوتریموکسازول و جنتامایسین مقاوم بود.

جدول ۱. مقایسه حداقل غلظت ممانعت کنندگی از رشد ایزوله‌های سودوموناس آئروژینوزا و کلبسیلا پنومونیه مقاوم به ایمپنم و مولد

متالوبتالاکتاماز با ایزوله‌های حساس به ایمپنم

MIC*( $\mu g/ml$ )							باکتری‌های مورد بررسی (تعداد)
متالوبتالاکتاماز	ایمپنم	سفتازیدیم	سفتوتاکسیم	سفتی زوکسیم	سفالکسین	آموکسی سیلین	
+	۳۲	۶۴	۱۲۸	۲۵۶	۵۱۲	۲۵۶	سودوموناس آئروژینوزا (۱)
-	-	۸	۱۶	۱۶	۵۱۲	۵۱۲	سودوموناس آئروژینوزا (۷۵)
+	۳۲	۶۴	۶۴	۱۲۸	۱۰۲۴	۱۰۲۴	کلبسیلا پنومونیه (۱)
-	۳۲	۶۴	۶۴	۶۴	۱۰۲۴	۱۰۲۴	کلبسیلا پنومونیه (۱)
-	-	۱۲۸	۱۲۸	۳۲	۱۰۲۴	۱۰۲۴	کلبسیلا پنومونیه (۳۶)

\* در مورد ایزوله‌های حساس  $MIC_{50}$  (حداقل غلظت ممانعت کنندگی از رشد برای ۵۰٪ ایزوله‌ها) گزارش شده است

## بحث

کاربان‌ها مانند (ایمپنم، مروپنم، بیانپنم، پانیپنم و ارتاپنم) کلاس مهمی از داروهای بتالاکتام می‌باشند که در برابر بتالاکتامازها مقاوم می‌باشند و در درمان عفونت‌های حاصل از باکتری‌هایی تولیدکننده ESBLs و AmpC که قادر به هیدرولیز پنی سیلین‌ها و سفالوسپورین‌ها می‌باشند به کار می‌روند. بروز مقاومت به این آنتی بیوتیک‌ها در بین باکتری‌ها به‌ویژه باکتری‌های گرم منفی ایجاد کننده عفونت‌های بیمارستانی در افراد مبتلا به نقص ایمنی، یک تهدید جدی در درمان عفونت‌های حاصل از آنها می‌باشد، به‌طوری که مطالعات اخیر نشان‌دهنده افزایش مقاومت به این آنتی بیوتیک‌ها به‌ویژه توسط متالوبتالاکتامازها می‌باشد.

در بررسی که توسط شکیبایی و همکاران در سال ۱۳۸۶ بر روی ۱۲۰ ایزوله سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بخش سوختگی بیمارستان شفا در شهر کرمان با روش E test انجام شد، هیچ ایزوله تولیدکننده متالوبتالاکتاماز گزارش نگردید (۱۱). اما در بررسی که توسط میهنی و همکاران بر روی ایزوله‌های سودوموناس آئروژینوزا جدا شده از بخش سوختگی بیمارستان طالقانی شهر اهواز انجام گردید، از بین ۱۰۰ نمونه بالینی جدا شده، ۴۲ نمونه دارای مقاومت به ایمپنم بوده‌اند، که از میان آنها ۸ نمونه با روش E test دارای متالوبتالاکتاماز گزارش شده‌اند، که نتایج حاصل از PCR برای شناسایی ژن‌های تولیدکننده در این ۸ نمونه با نتایج حاصل از E test به‌صورت ۱۰۰ درصد هم‌خوانی داشته

است (۱۲). هم‌چنین در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ در فرانسه جهت تعیین فنوتیپ متالوبتالاکتاماز به روش دیسک ترکیبی مانند روش بررسی در این مطالعه انجام شد، ۴۶٪ ایزوله‌ها دارای این فنوتیپ بودند که بیشتر ایزوله‌های تولیدکننده متالوبتالاکتاماز از کشت خون جداسازی شده بودند. که بعد از انجام PCR برای شناسایی ژن‌های تولیدکننده متالوبتالاکتاماز بر روی این ایزوله‌ها حدود ۱۰۰ درصد هم‌خوانی با نتایج حاصل از روش فنوتیپی داشت که این بررسی نشان‌دهنده دقت در روش شناسایی فنوتیپ متالوبتالاکتاماز با روش دیسک ترکیبی است (۱۳). با توجه به مطالعه فوق روش دیسک ترکیبی که برای شناسایی متالوبتالاکتامازها در این بررسی مورد استفاده قرار گرفته از روش‌های مورد تأیید CLSI می‌باشد و با روش PCR و E test هم‌خوانی دارد. (۱۴).

تمامی گزارش‌ها مبنی بر افزایش ایزوله‌های مقاوم به کارباپنم‌ها می‌باشند. در مطالعه‌ای که در سال ۲۰۰۵ در کشور ژاپن صورت گرفت، نشان داده شد که بیماران عفونی شده با سودوموناس‌های آئروژینوزای تولیدکننده متالوبتالاکتاماز آنتی‌بیوتیک‌های مختلفی را برای درمان دریافت می‌کنند و مرگ‌ومیر ناشی از عفونت توسط این نوع باکتری‌ها بیشتر از انواع فاقد این آنزیم می‌باشد (۱۵). نکته‌ای که در اینجا مطرح می‌شود این است که آیا ایزوله‌های دارای متالوبتالاکتاماز فاکتورهای ویروالانس

بیشتری در مقایسه با ایزوله‌های فاقد این آنزیم دارند؟ از آنجایی که ژن‌های تولیدکننده متالوبتالاکتاماز به‌صورت پلاسمیدی و کروموزومی می‌باشند، این امکان وجود دارد که تعداد سوش‌های مقاوم به آنتی‌بیوتیک‌های بتالاکتام گروه کارباپنم‌ها در نتیجه انتقال پلاسمیدهای دارای ژن‌های کدکننده آنزیم‌های متالوبتالاکتاماز در بین گونه‌های باکتریایی افزایش یابد، و شاید قادر به انتقال سایر ژن‌ها نظیر ژن‌های در ارتباط با سایر مقاومت‌ها و یا ویروالانس نیز باشند. در نتیجه با توجه به اهمیت این آنزیم‌ها لازم است تا تمامی آزمایشگاه‌های میکروب‌شناسی مجهز گشته و قادر باشند ایزوله‌های باکتریایی به‌ویژه باکتری‌های تولیدکننده بتالاکتاماز با طیف گسترده و متالوبتالاکتاماز را شناسایی نموده و آنها را از سایر مکانیسم‌های مقاومت تشخیص دهند، تا از شیوع هر چه بیشتر این گونه از باکتری‌های مقاوم جلوگیری گردد و در آینده مشکلات کمتری در درمان عفونت‌های حاصل از این باکتری‌ها ایجاد شود.

### سپاسگزاری

در پایان نویسندگان سپاس خود را از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمان به‌دلیل تأمین بودجه این طرح تحقیقاتی و هم‌چنین از خانم ثمانه عباسی برای همکاری در جمع‌آوری نمونه‌ها اعلام می‌دارند.

## Emergence of Imipenem Resistance and Presence of Metallo- $\beta$ -Lactamases Enzymes in Multi Drug Resistant Gram Negative Bacilli Isolated from Clinical Samples in Kerman, 2007-2008

Kalantar D., B.Sc.<sup>1</sup>, Mansouri Sh., Ph. D.<sup>2\*</sup>, Razavi M., M.Sc.<sup>3</sup>

1. M.Sc. Student of Microbiology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical sciences, Kerman, Iran

2. Professor of Microbiology, Afzalipour School of Medicine, Kerman University of Medical sciences, Kerman, Iran

3. Master of Science in Microbiology

\* Corresponding author, e-mail: smansouri@kmu.ac.ir

(Received: 31 August 2009 Accepted: 6 Jan. 2010)

### Abstract

**Background & Aims:** Imipenem is a member of Carbapenem with stability against most  $\beta$ -lactamases. It is of particular use in the treatment of infections associated with drug resistant gram negative bacteria harboring ESBL and AmpC genes. The aim of this study was to determine the imipenem resistance in gram negative bacteria causing nosocomial infections and the presence of metallo- $\beta$ -lactamases (MBLs) in resistant isolates.

**Methods:** Minimum inhibitory concentration (MIC) of imipenem was determined for 276 multiple drug resistant gram negative bacteria by agar dilution method. *Escherichia coli* ATCC 25922, *Klebsiella pneumoniae* ATCC 700603 and *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853 were used as standard strains. Disk diffusion method with disks containing imipenem and imipenem+10 $\mu$ l EDTA (0.5 M) was used for determination of the presence of metallo- $\beta$ -lactamases. Zone diameter  $\geq 7$ mm of imipenem tested in combination with EDTA versus imipenem alone was considered as MBL positive.

**Results:** From a total of 276  $\beta$ -lactamase producing isolates including *K. pneumoniae* (n=38), *E. coli* (n=169) and *P. aeruginosa* (n=69), 3 isolates with MIC=32 $\mu$ g/ml were found to be resistant to Imipenem. From these isolates, one strain of *K. pneumoniae* and one strain of *P. aeruginosa* isolates were determined to be MBL producers by phenotypic method.

**Conclusion:** According to the presence of metallo  $\beta$ - lactamases in bacterial strain in the region, resistance to this valuable therapeutic agent is not unexpected.

**Keywords:** Imipenem, metallo- $\beta$ -lactamases, Gram- negative Bacteria, Drug Resistance

Journal of Kerman University of Medical Sciences, 2010; 17(3): 208-214

### References

1. Paterson DL. Resistance in Gram-negative Bacteria: Enterobacteriaceae. *Am J Med* 2006; 34(5): s20- s28.
2. Jacoby GA, Munoz-Price LS. The new  $\beta$ -lactamase. *N Engl J Med* 2005; 325(4): 380-91.
3. Poole K. Resistance to  $\beta$ -lactam antibiotics. *CMLS, Cell. Mol. Life Sci* 2004; 61: 2200-23.
4. Cornaglia G, Akova M, Amicosante G, Cant' on R, Cauda, R Docquier J, et al. Metallo- $\beta$ - lactamases as emerging resistance determinants in gram-negative pathogens: open issues. *Int J Antimicrob Agents* 2007; 29(4): 380-8.
5. Jesudason M. V, Kandathil A.J, Balaji V. Comparison of two methods to detect carbapenemase & metallo- $\beta$ - lactamase production in clinical isolates. *Indian J Med Res* 2005; 121: 780-3.
6. Forbes BA, Sahm DF, Weissfeld AS. Laboratory methods for detection of antimicrobial resistance. In: Forbes BA,

- Sham DF, weissfeld AS (editors) Bailey and Scotts Diagnostic Microbiology. 12<sup>th</sup> ed., St louis, Mosb. Inc, 2007; pp 187-214.
7. Bradford PA. Extended-Spectrum  $\beta$ -Lactamases in the 21st Century: Characterization, Epidemiology, and detection of this important resistance threat. *Clin Microbiol Rev* 2001; 14(4): 933-51.
8. Park YJ, Park S, Oh E, Park J, Lee K, Woo G, Lee K. Occurrence of Extended-Spectrum  $\beta$ -lactamase among chromosomal AmpC-producing *Enterobacter cloacae*, *Citrobacter freundii*, and *Serratia marcescens* in Korea and investigation of screening criteria. *Diagn Microbiol Infect Dis* 2005; 51(4): 265-9.
9. Chacko B, Varaiya A, Dedhia B. Imipenem resistant metallo  $\beta$  Lactamase producing *Pseudomonas aeruginosa*. *Indian J Med Microbiol* 2008; 26(4): 398-407.
10. Papaparaskevas J, Pantazatou A, Stefanou I, Mela V, Galatidis N, Avlami A. Differences in the evolution of imipenem susceptibility among *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli* isolates during a 6-year period in a tertiary care hospital. *Int J Antimicrob Agents* 2007; 29(2): 197-200.
11. Shakibaie M R, Shahcheraghi F, Hashemi A, Adeli N.S. Detection of TEM, SHV and PER type Extended-Spectrum  $\beta$ -Lactamase Genes among Clinical Strains of *Pseudomonas aeruginosa* isolated from burnt patients at Shafa-Hospital, Kerman, Iran. *Iranian J Med Sci* 2008; 11(2): 49-54 [Persian].
12. Mihani F, Khosravi A. Isolation of *Pseudomonas aeruginosa* strains producing metallo beta lactamases from infections in burned patients and identification of bla<sub>IMP</sub> and bla<sub>VIM</sub> genes by PCR. *Iranian J Med Microbiol* 2007; 1(1): 23-31 [Persian].
13. Pitout JDD, Gregson DB, Poirel L, McClure JA, Le P, Church DL. Detection of *Pseudomonas aeruginosa* producing metallo- beta- lactamases in large centralized laboratory. *J Clin Microbiol* 2005; 43(7): 3129-35.
14. Paterson DL, Bonomo RA. Extended-Spectrum  $\beta$ -Lactamases: a clinical Update. *Clin Microbiol Rev* 2005; 18(4): 657-86.
15. Hirakata Y, Yamaguchi T, Nakano M, Izumikawa K, Mine M, Aoki S, et al. Clinical and Bacteriological characteristics of IMP-type metallo- $\beta$ -lactamase-producing *Pseudomonas aeruginosa*. *Clin Infect Dis* 2003; 37:26-32.